1 例主动脉瓣狭窄患者的中西医结合护理体会

王翠萍

滕州市中医医院　山东枣庄 277599

摘要

本文总结 1 例主动脉瓣狭窄患者的护理经验。包括患者的常规护理、症状护理、密切观察病情变化，结合中医护理措施和心理护理，提高主动脉瓣狭窄患者的生存率和生命质量。

关键词：主动脉瓣狭窄；中西医结合护理；心理护理

主动脉瓣位于左心室和主动脉的连接处，主动脉瓣狭窄是由于先天性瓣叶发育畸形、退行性病变、风湿性病变侵害导致主动脉瓣叶增厚粘连，瓣口狭窄。病程长久者可发生钙化或者合并细菌性心内膜炎等。轻度狭窄者没有明显症状，中重度狭窄者可有呼吸困难、心绞痛和晕厥等症状。

1 临床资料

1.1 基本信息

患者女性， 88 岁 ， 2023-10-18 入院。主诉：活动后胸闷、气短十多天

现病史：患者于 10 多天前开始无明显诱因出现活动后心慌、胸闷，四肢无力等症状，休息后症状减轻，无夜间平卧呼吸困难，无发热，无咳嗽咳痰，无陶痛，无晕厥等症状发作，就诊于当地医院，给以心脏彩超检查提示主动脉瓣狭窄，给以输液治疗，效果不佳，逐渐出现平卧呼吸困难，不适饮食等症状，既往史：既往高血压病史不明确、无传染病史，无手术史，无外伤史，否认输血史，否认药物及食物过敏史，预防接种史不详。

1.2 体格检查

入院检查：T 36℃　P 44 次/分　 R 16 次/分　 BP160/70mmHg。患者神志清，精神差、憋喘貌，发育正常，营养中等，半仰卧体位，查体合作。全身皮肤、粘膜黄染及出血点，浅表淋巴结未扪及肿大。头颅无畸形，眼睑无水肿，睑结膜无苍白，巩膜无黄染，鼻翼无扇动，口唇稍紫绀。颈静脉充盈，甲状腺未触及肿大，气管居中。胸廓无畸形，双侧呼吸动度对称，双肺呼吸音粗，双肺底可闻及湿性啰音，未闻及明显干性啰音。心前区无隆起，心脏浊音界稍大，无震颤，心率 46 次/分，律不齐，主动脉瓣听诊区可闻及 4/6 级收缩期杂音、腹软，全腹无压痛及反跳痛，肝、脾未触及肿大，肠鸣音正常存在。肛门、直肠及外生殖器未查，脊柱无畸形，肾区无叩击痛，双下肢重度水肿。

辅助检查：（图 1-图 4）

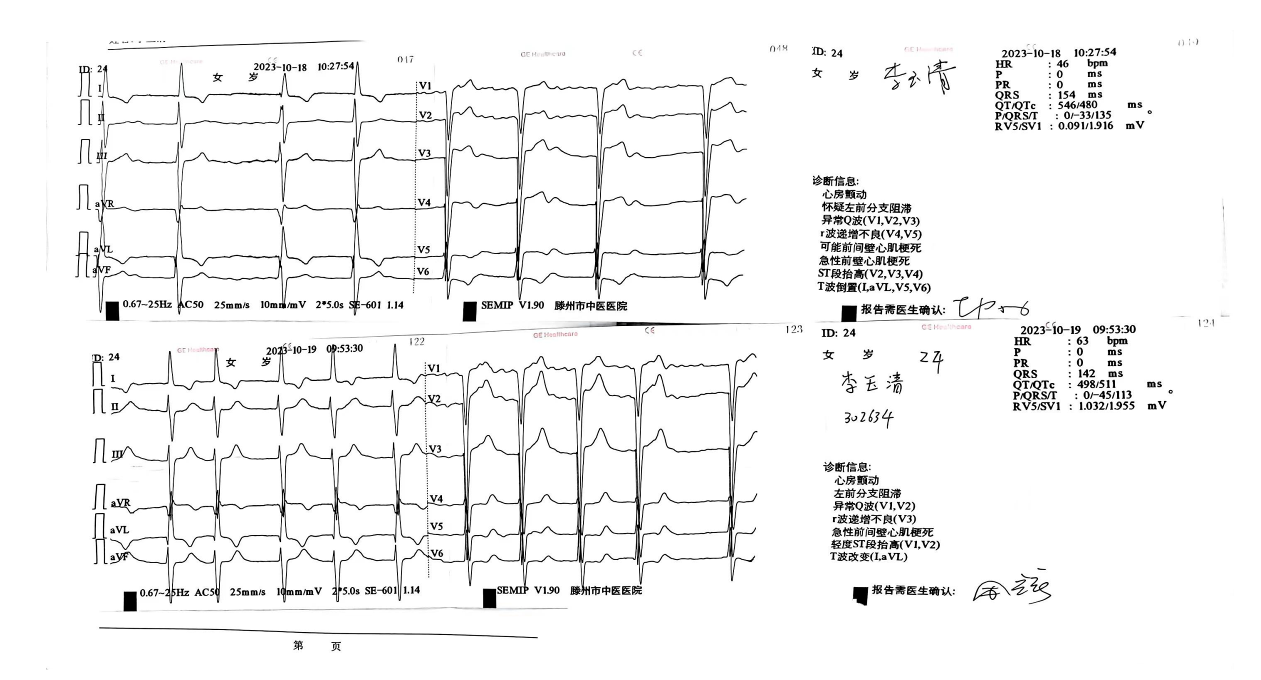


图 1

2023-10-19小生化(含电解质)

滕州市中医医院医院检验报告单

质评合格 省内参考

仪器名称:日立008AS

样本条码:110079025063

姓名: 李玉清 性别: 女 年 龄: 88岁 标本类型: 血清 标本号:10-19普53

科别: 心血管科病区 床 号: 24 病案号: 住院号: 302634 采样时间:2023-10-18 17:19

医生: 韩金国 临床诊断:

简码	项目名称	结果		参考值
TP	总蛋白	61.30		60--80″g/l
ALB	白蛋白	29.80	↓	35--55″g/l
GLO	球蛋白	31.50	↑	20--30″g/l
A/G	白球比	0.95	↓	
TBIL	总胆红素	36.04	↑	0--20″umol/l
DBIL	直接胆红素	15.29	↑	0--8.1″umol/l
IBIL	间接胆红素	20.75	↑	1.7--13.2″umol/l
D/T	直胆/总胆	0.42	↑	
ALT	谷丙转氨酶	18.80		0--42″U/l
AST	谷草转氨酶	37.70		0--45″U/l
AST/ALT	转氨酶比	2.01	↑	
ALP	碱性磷酸酶	82.30		39--141″U/l
GGT	谷氨酰转肽酶	13.40		6--50″U/l
PA	前白蛋白	160.00		150--450″mg/l
GLU	葡萄糖	5.35		3.9--6.11″mmol/l
CH	总胆固醇	4.83		3.1--5.7″mmol/l
TG	甘油三酯	1.50		0--1.76″mmol/l
HDL	高密度脂蛋白胆固醇	1.29		0.9--1.68″mmol/l
LDL	低密度脂蛋白胆固醇	3.18	↑	2.07--3.1″mmol/l
POA	载脂蛋白A1	1.30		1--1.7″g/l
POB	载脂蛋白B	0.95		1--1.7″g/l

序号	简码	项目名称	结果		参考值
22	LPa	脂蛋白(a)	387.00	↑	0--300″mg/l
23	NEFA	游离脂肪酸	1.63	↑	0.1--0.77″mmol
24	K	钾	2.56	↓↓	3.5--5.5″mmol/
25	Na	钠	122.00	↓	135--145″mmol/
26	Cl	氯	84.00	↓	96--108″mmol/l
27	CO2	二氧化碳	24.50		20--29″mmol/l
28	BUN	尿素	6.80		1.7--8.3″mmol/
29	CREA	肌酐	119.60	↑	53--115″umol/l
30	UA	尿酸	461.00	↑	140--420″umol/
31	IMA	缺血修饰蛋白	70.40		64--450″U/ml
32	SOD	超氧化物歧化酶	65.10	↓	110--215″umol/
33	TBA	血清总胆汁酸	21.40	↑	0--12″umol/l
34	CK	肌酸激酶	138.70		24--195″U/l
35	CK-MB	肌酸激酶同工酶	18.20		0--25″U/l
36	LDH	乳酸脱氢酶	301.00	↑	135--225″U/l
37	HBDH	α-羟丁酸	271.00	↑	72--182″U/l
38	HCY	同型半胱氨酸	31.70	↑	0--10″umol/l
39	CG	甘胆酸	4.19		0--10″umol/
40	mAST	天门冬氨酸氨基转移酶线粒体同工酶	4.00		0--10″U/l

时间:2023-10-19 09:01 报告时间:2023-10-19 11:19 检验者: 审核者:

报告单只对该标本负责,仅供临床参考!

图 2

2023-10-23超敏肌钙蛋白T,N端-B型钠尿肽前体 滕州市中医医院医院检验报告单　　质评合格　省内参考

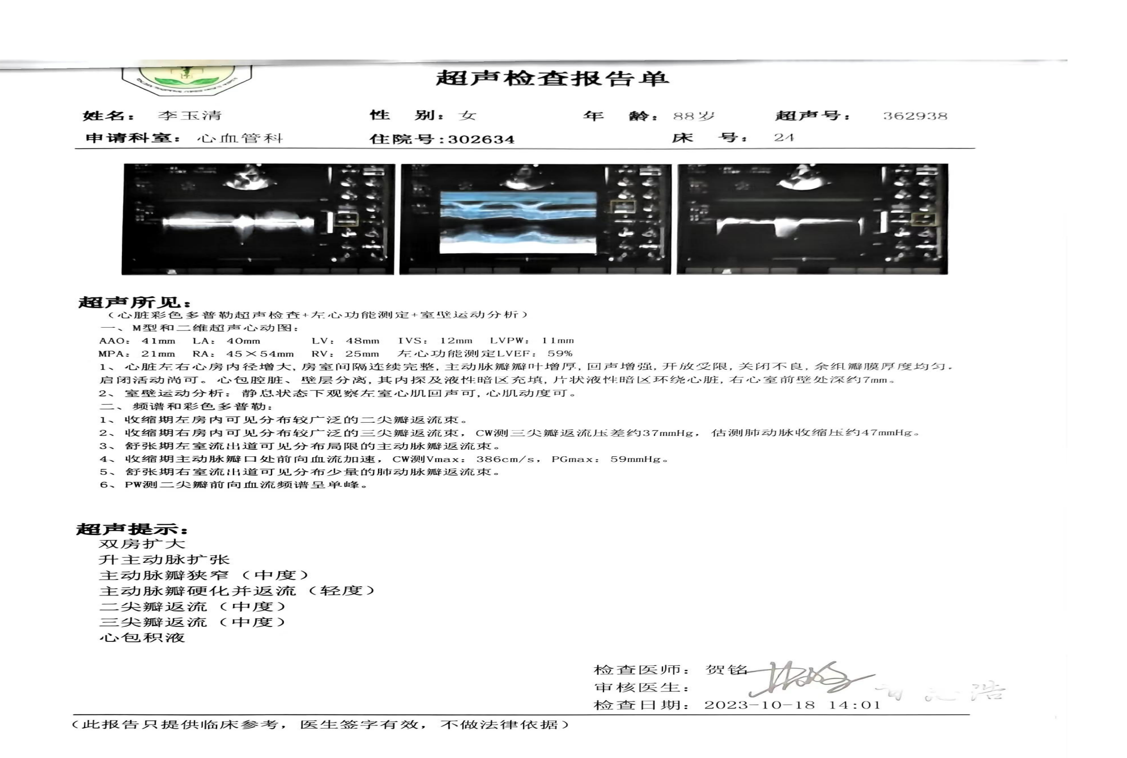
仪器名称:Roche-e601　　样本条码:220079106683

姓名：李玉清　性别：女　年　龄：88岁　标本类型：血浆　标本号:10-23普15
科别：心血管科病区　床　号：24　病案号：住院号：302634　采样时间:2023-10-22 17:09
医生：韩金国　临床诊断：

序号	简码	项目名称	结果		参考值	序号	简码	项目名称	结果	参考值
1	cTn-T	超敏肌钙蛋白T	44.15	↑	0--14″pg/ml					
2	NT-proBNP	N端-B型钠尿肽前体	1468.00		≤1800″pg/mL					

检验时间:2023-10-23 08:51　报告时间:2023-10-23 09:39　检验者：　审核者：
注:本报告单只对该标本负责,仅供临床参考!

图 3


超声检查报告单

姓名：李玉清　性　别：女　年　龄：88岁　超声号：362938
申请科室：心血管科　住院号：302634　床　号：24

超声所见：
（心脏彩色多普勒超声检查+左心功能测定+室壁运动分析）
一、M型和二维超声心动图：
AAO：41mm　LA：40mm　LV：48mm　IVS：12mm　LVPW：11mm
MPA：21mm　RA：45×54mm　RV：25mm　左心功能测定LVEF：59%
1、心脏左右心房内径增大，房室间隔连续完整，主动脉瓣瓣叶增厚，回声增强，开放受限，关闭不良，余组瓣膜厚度均匀，启闭活动尚可。心包腔脏、壁层分离，其内探及液性暗区充填，片状液性暗区环绕心脏，右心室前壁处深约7mm。
2、室壁运动分析：静息状态下观察左室心肌回声可，心肌动度可。
二、频谱和彩色多普勒：
1、收缩期左房内可见分布较广泛的二尖瓣返流束。
2、收缩期右房内可见分布较广泛的三尖瓣返流束，CW测三尖瓣返流压差约37mmHg，估测肺动脉收缩压约47mmHg。
3、舒张期左室流出道可见分布局限的主动脉瓣返流束。
4、收缩期主动脉瓣口处前向血流加速，CW测Vmax：386cm/s，PGmax：59mmHg。
5、舒张期右室流出道可见分布少量的肺动脉瓣返流束。
6、PW测二尖瓣前向血流频谱呈单峰。

超声提示：
双房扩大
升主动脉扩张
主动脉瓣狭窄（中度）
主动脉瓣硬化并返流（轻度）
二尖瓣返流（中度）
三尖瓣返流（中度）
心包积液

检查医师：贺铭
审核医生：
检查日期：2023-10-18 14:01
（此报告只提供临床参考，医生签字有效，不做法律依据）

图 4

1.3 诊断

西医诊断：主动脉瓣中度狭窄心房颤动心力衰竭

心功能 IV 级(NYHA 分级)

中医诊断：喘证　心阳不足

患者胸闷、心慌、舌淡苔白、脉细弱。本病属喘证范畴，证属心阳不足。本病病位在

心，患者素体阳虚，心阳虚衰，无以温养心神，心神失养，阳气虚衰，胸阳不振，则见胸闷气短憋喘，动则尤甚，阳气不足，温煦失职，则可见形寒肢冷，面色苍白，语声低弱，阳气虚衰，水液不化，聚于皮下，则见浮肿，舌淡苍白，脉细弱，皆为心阳不足之征。

1.4 治疗干预

患者入院第一天，活动后心慌、胸闷，四肢无力，平卧呼吸困难，不适饮食，双下肢重度水肿，给予中医内科护理常规，一级护理，低盐低脂饮食、心电监测。完善各项辅助检查。西药予吲哚布芬抗血小板，呋塞米利尿减轻心脏负荷，沙库巴曲改善心脏长期预后，环磷酰胺改善心肌代谢及对症治疗。输液泵输液新活素，改善心衰症状，降低心脏的前后负荷

患者入院第二天，患者病情平稳，憋喘较前减轻，夜间入眠不佳，饮食适量，口唇稍紫绀，双下肢水肿减轻，继续上述治疗，呋塞米减量，密切观察病情变化。

10.19 11：27 化验室电话通知患者小生化（含电解质）：钾 2.56mmol/L，属危急值，钠 122mmol/L，立即上报值班医生，考虑患者低血钾与长期纳差有关，补充氯化钾，浓钠，避免电解质紊乱。

10.20-10.23 患者病情平稳，憋喘减轻，夜间入眠较佳，饮食适量，口唇稍紫绀，双下肢水肿减轻，停用新活素泵，停心电监护，密切观察病情变化。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1　呼吸困难评估

呼吸困难是指患者主观感受到一种不同程度、不同性质的呼吸不适感，包括空气不足、呼吸不畅、呼吸费力、窒息等症状。【1】，运用 Borg 量表评分患者为 7 分，严重呼吸困难。

2.1.2　心理状况

心理状况采用焦虑自评量表（SAS）［2］评估，焦虑总分低于 50 分为正常，50～60 分为轻度焦虑，61～70 分是中度焦虑，70 分以上属于重度焦虑。患者担心预后不良，焦虑明显，向患者介绍 SAS 焦虑评分量表，患者回答总分 72 分，评估为重度焦虑

2.1.3 便秘评估

运用 Wexner 便秘评分量表评估患者便秘情况，总分 15 分以上可以定位便秘，评分越高，便秘程度越重，该患者为 18 分。

2.1.4 失眠评估

患者存在失眠、主要表现为入睡困难、睡眠维持困难、早醒等症状。如果长期存在睡眠障碍等情况，可严重影响患者的生活质量，需要及时进行睡眠评估，运用 PSQI 评分量表评估患者睡眠情况[3]，总分 0-21 分，分值越高，睡眠质量越差，该患者为 17 分。

2.2 护理诊断

呼吸困难与肺淤血有关；便秘与摄入不足、活动量减少有关；营养失调低于机体需要量；下肢水肿与代谢紊乱有关，有感染性心内膜炎的风险；失眠与呼吸困难、环境改变有关；焦虑与病情较重，活动无耐力有关

2.3 护理目标

护理人员根据护理诊断拟定护理目标：①患者夜间呼吸困难减轻，可以平卧②患者营养状态改善，电解质紊乱纠正

③便秘症状改善，能规律排便④患者能较快入睡，提高睡眠质量⑤患者不发生交叉感染⑥缓解焦虑，心理状况良好，能积极配合治疗

2.4 护理措施

2.4.1 中医护理措施

①腹部穴位按摩：穴位按摩是中医推拿常用手法，具有疏通经络、理气和中、调理脾胃等作用［4］，取穴中脘、天枢、关元等穴位、促进肠蠕动、帮助患者排便。操作方法：按摩时双手交叠，大鱼际和小鱼际用力，沿顺时针方向按摩腹部 10-15 分钟；再拇指按压穴位，取穴中脘、天枢、气海穴。每穴每次按揉 3 分钟，至皮肤出现温热为宜。2 次/周，4 次为 1 个疗程。注意事项：①保护患者隐私，注意保暖，避免对流风。②操作前修剪指甲，以防损伤皮肤。③腹部按摩前，嘱患者排空膀胱。④操作时力度适中，观察患者反应及局部皮肤状况，如有不适及时调整。

②耳穴贴压：耳穴贴压是用胶布将王不留行籽贴压于耳郭上的相应穴位，通过按揉等手法刺激穴位，使耳郭产生酸麻胀痛的感觉，从而起到疏通经络、调和气血、平衡阴阳，改善睡眠等作用［5］。操作方法： ①选穴，用探棒在耳郭上确定阳性反应点。主穴：神门、皮质下、内分泌。配穴：肺、脾、肾。②酒精消毒。③贴豆，按压至患者出现酸胀感。每周 2 次，4 次为一疗程。注意事项：①指导患者按压手法，每日每穴按压 2～3 次，每次按压 3 min。②贴压时选取一侧耳郭，双侧耳廓轮流选用。③嘱患者观察耳廓贴压部位皮肤情况，保持清洁干燥，如有红肿破溃，应及时取下。

③中药熏洗治疗：治疗原则为活血通络温阳，改善下肢血液循环，减轻患者下肢水肿。中药熏洗药物组成：选用附片 30 g、干姜 30 g、牛膝 30 g、淫羊藿 30 g、桂枝 20 g、红花 20 g、花椒 30 g、燀桃仁 20 g、炙甘草 20g、威灵仙 30 g，打粉备用。查看患者熏洗部位的皮肤情况，评估患者对热的敏感程度和耐受程度。协助患者取舒适体位，双下肢熏洗患者常采用坐位，卧床患者可取屈膝仰卧位。取 50 g 药粉于桶中，加热水约 2000 mL 搅拌均匀，协助患者将双腿置于药液桶上，裤腿卷至膝盖以上，再用浴巾盖住下肢及药浴桶，利用药液的蒸汽对患者下肢进行熏蒸。待药液温度小于 42° 时，可将双下肢置于桶内，浸泡约 10 min。结束后清洁局部皮肤，擦干，注意保暖。

2.4.2 常规护理

①绝对卧床休息，床头抬高 15-30°；持续低流量氧气吸入；限制液体的入量，准确记录出入液量。加强生活护理，勤巡视。注意患者安全。时刻加设床挡、外出检查时有人陪同。挂防跌倒、坠床警示标识。

②患者大便秘结，鼓励其多食蜂蜜、水果、粗纤维蔬菜。指导病人进易消化的优质蛋白，如动物瘦肉、鱼肉、蛋类、奶类，进食各种新鲜蔬菜、水果，以补充维生素类，满足机体营养需要量。

③遵医嘱用利尿。观察用药后效果，严密观察有无低钾低钠，低钾是最主要的副作用、尿量较多时、补充含钾丰富食物，香蕉、深色蔬菜、瓜果、红枣、蘑菇等。

④保持病室安静，温湿度适宜，合理合理安排利尿剂用药时间，尽量白天使用，促进患者睡眠。

⑤情志护理，医务人员可鼓励家属多与患者进行交流，不要让患者感到孤独，多陪伴患者，给予心理上的支持；指导患者听舒缓音乐、画画、散步，转移注意力，放松心情；鼓励病友间相互沟通，讲解成功案例，增强战胜疾病的信心。

3 护理评价

患者呼吸困难减轻，Borg 量表由 7 分姜维 2 分（轻微）；患者下肢水肿消失，电解质紊乱纠正，机体营养均衡；便秘症状改善，Wexner 便秘评分量表由 18 分降为 10 分；睡眠质量明显改善，PSQI 评分量表评估为 8 分；焦虑改善，焦虑自评量表（SAS）60 分，心理状况良好能积极配合治疗。

4 讨论

主动脉瓣狭窄无症状者预后较好，但大部分患者的狭窄会出现进行性加重，主动脉瓣

狭窄一旦出现症状、病情恶化，则可能会出现心力衰竭、感染性心内膜炎、猝死等严重并发症，极大地危及患者的生命安全。临床中在常规护理的基础上结合中医护理技术，可以有效改善患者的临床症状，提高生活质量，提升患者满意度。综上所述，中西医结合护理将中医辨证施护与西医整体护理进行有机结合，中西医优势互补，护理过程中结合临床优势病种及特色技术制定中西医结合干预方案在促进患者康复、提升患者生活质量方面具有积极意义，提升了护士自身的专业价值，值得临床推广。

利益冲突

作者声明本文无利益冲突

参考文献

【1】呼吸困难诊断、评估与处理的专家共识组,刘国梁,何权瀛.呼吸困难诊断、评估与处理的专家共识[J].中华内科杂志,2014,53(04):337-341.

【2】吴文源 . 焦虑自评量表［J］ . 中国心理卫生杂志，1999，（ 增刊）：235 — 238.

【3】刘贤臣，唐茂芹，胡 蕾等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度和效度研究 ［J］. 中华精神科杂志，1996，29（2） ：103-107.

【4】谈敏娟,倪静玉,周漪.穴位按摩联合腹部按摩预防急性心肌梗死病人便秘的临床研究[J].护理研究, 2005.

【5】蔡霞."耳穴贴压治疗失眠症 42 例." 刘艳骄博士睡眠研究二十五周年学术研讨会北京市石景山区卫计委中医传承项目刘艳骄传承工作室, 2017.